

Ueber

# bewegliche Niere.

---

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH VERTHEIDIGT

am 27. August 1869

VON

**Theophil Thun**

aus Kopenhagen.

---

OPPONENTEN:

Dr. Krüger, pract. Arzt.

Saegert, Dr. med.

v. Cappeln, Cand. theol.

---

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (OTTO LANGE).



Seinem

# theuren Vater

in inniger Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.





Die medicinische Literatur über luxirte Niere ist bis heute eine verhältnissmässig noch sehr dürftige zu nennen, theils weil Fälle dieser Art überhaupt zu den seltneren gehören, theils weil mit Allgemeinwerdung und exakter Ausübung der Percussion eine solche Beobachtung erst möglich war, endlich auch, weil der sichere Nachweis dieser Abnormität zu den schwierigsten Aufgaben der Diagnostik gehört.

Von den mir über dieses Thema bekannt gewordenen Beiträgen oder Zusammenstellungen will ich die Autoren hier kurz erwähnen.

Meckel, Pathol. Anatomie. — Rayet, maladies des reins. — Brochin, Gazette des hôpitaux. 1854. Nr. 87.

Oppolzer, Wiener medic. Wochenschrift 1856 Nr. 42.  
— Hare, Med. Times and Gaz. 1858. Nr. 2 und Nr. 30.  
endlich Diete, Wiener med. Wochenschrift 1864. p. 563.

Die erste und zugleich einzige Specialarbeit über bewegliche Niere hat Dr. Rollet in Wien im Jahre 1866 geliefert.

Die Broschüre bespricht die Pathologie und Therapie der beweglichen Niere und bringt unter dem Capitel „Klinische Beobachtungen“ zehn Fälle von Ren mobilis aus der Klinik des Professors Oppolzer in Wien.

Es erhellt hieraus, dass es sich wohl der Mühe verlohnt, die Kasuistik dieser pathologischen Erscheinung um einige Fälle zu bereichern. Es geschieht das nicht in der thörichten Hoffnung, der Therapie damit auch nur den geringsten Dienst leisten zu können, sondern ich bescheide mich damit, schon hinlänglich zur Präcisirung der Diagnose des Ren mobilis einen ganz geringen Bruchtheil beizutragen.

Ich werde mich daher darauf beschränken, einige genau beobachtete noch nicht bekannt gewordene Fälle der genannten Krankheit mitzutheilen, und versuchen im Anschluss an die gemachten Beobachtungen in kurzem ein fassliches Bild der Aetiologie und Symptomatologie zu entwerfen; die Therapie sei mir hauptsächlich nach dem Specialwerk von Rollet darzustellen gestattet.

Unter dem reichen Material, welches das hiesige Charité-Krankenhaus darbietet, kamen in den letzten



Jahren nur 4 Fälle von Ren mobilis zur Beobachtung, welche mir durch die Güte des Herrn Geheimraths Prof. Dr. Frerichs zur Veröffentlichung überlassen sind; von diesen fand ich Gelegenheit die beiden letzten selbst untersuchen zu können.

---

## Klinische Beobachtungen.

### Fall I.

Der erste Fall betrifft den Arbeiter Krüger, 31 J. alt; derselbe will mit Ausnahme des kalten Fiebers, an welchem er als Kind litt, stets gesund gewesen sein. Er erkrankte ohne einen Grund angeben zu können mit Leibschmerzen, die von Anfang an auf der rechten Seite des Abdomen am stärksten gewesen sein sollen. Der Stuhlgang soll sowohl vorher wie nachher regelmässig gewesen sein; Erbrechen trat nicht auf, ebensowenig Frost oder Hitze. Nach 14 Tagen musste er sich unter zunehmenden Schmerzen zu Bett legen, und wurde nach dem Krankenhause gebracht. Die Untersuchung der Brustorgane ergab nichts Auffälliges. Bei der Untersuchung des Abdomen fand sich auf der rechten Seite eine auf Druck schmerzhaft Stelle. Durch Palpation erkennt man eine Geschwulst länglicher Form, deren innerer Rand parallel der Mittellinie geht; circa 4 Centimeter breit lässt sie sich vom Leberrande abwärts bis einen Zoll oberhalb



der Spina ilei ant. sup. verfolgen. Leber und Milzdämpfung erscheinen etwas vergrößert. Der regelmässige Stuhlgang ist dünn, Appetit gut, die Zunge leicht belegt, der Harn normal.

Eine genaue Beobachtung der Geschwulst ergibt, dass sie sich nach oben oder seitlich um  $\frac{1}{2}$ —1" verschieben lässt, und daher theilweise hinter der Leber verschwindet.

Die Verordnungen bestanden in Cataplasmen auf den Unterleib bei ruhiger Rückenlage, und einer Ricinus-Emulsion.

Am folgenden Tage war die Schmerzhaftigkeit noch erhöht, auch der Tumor bis zur Mittellinie vergrößert. Allein bereits nach zwei Tagen trat eine merkliche Besserung ein, welche von Tage zu Tage fortschritt; die Geschwulst nahm an Grösse ab, auch die Schmerzhaftigkeit auf Palpation und bei der Inspiration; zugleich wurde die Oberfläche des Tumor glatter und bestimmbarer, so dass man deutlich die Bohnenform der dislocirten Niere zu palpiren vermochte.

Schon nach 7 Tagen konnte Patient ohne Beschwerden liegen und gehen. Nach 10 Tagen war die Niere nur noch durch tiefes Eindringen der Hand in die

Bauchwandung zu erreichen, doch immerhin noch so deutlich zu fühlen, dass man konstatiren konnte, wie dieselbe ihre Lage mehrfach veränderte, indem ihre Längsachse bald mit der des Körpers zusammenfiel, bald sich von derselben um einen mehrweniger grossen Winkel entfernte. Nachdem Patient noch einige Tage beobachtet war und über keine Beschwerden klagte, auch keine weitere Veränderung an der Niere beobachtet werden konnte, wurde derselbe als geheilt entlassen.

---

## Fall II.

Eine Frau von 31 Jahren suchte wegen Blutbrechens die Charité auf, woselbst sie am 8. Mai 1868 aufgenommen wurde. Die Untersuchung ergab leicht, dass chronische Magengeschwüre die Blutungen veranlassten, und es wurden die nöthigen Verordnungen getroffen. Neben dem Blutbrechen klagte Patientin über heftige Schmerzen im Epigastrium; dieselben traten besonders

hervor bei Bewegungen und wenn sich Patientin auf die rechte Seite legte. Sie hatte dann das Gefühl als ob sich etwas im Leibe von links nach rechts hinüberwälze. Bei der Palpation in der Rückenlage fühlt man sehr deutlich unter dem Rippenbogen einen Tumor, der in seiner Form der mässig vergrösserten Milz entspricht, und mit seiner äusseren vorderen Fläche der innern Seite des Rippenrandes nicht anliegt, derselbe ist deutlich verschiebbar, steigt mit der Respiration auf- und abwärts und fällt bei Rechtslage nach rechts und unten. Die Milzdämpfung, welche in der Rückenlage, offenbar nur dem hintern oberen Theil entsprechend,  $8\frac{1}{2}$  Cm. hoch ist, und die Axillaris um 7 Cm. nach vorn überragt, schwindet bei Rechtslage vollständig. Ausserdem fühlt man durch die sehr schlaffen Bauchdecken hindurch deutlich die Pulsation der Bauchaorta, und links davon zwischen Nabel und Rippenbogen einen glatten ausserordentlich verschiebbaren Tumor, welcher sich bis ganz unter den Rippenbogen hinaufdrängen lässt, und durch seine Gestalt leicht erkennbar, der linken Niere entspricht; an derselben ist deutlich der Hilus zu fühlen und zwar nach oben und rechts gewandt, doch ist der Tumor so ver-



schiebbar, dass er seine Stellung vielfach wechselt. Das Hin- und Herweichen macht der Kranken keinen eigentlichen Schmerz, aber eine eigenthümliche Sensation, und soll die Geschwulst nach längerem Gehen, bis zur linken Spina ileum herabsinken. Wirklich schmerzhaft ist nur die Palpation der Milz, welche im Ganzen weniger beweglich ist als die Niere. Die genannten Geschwülste sind an verschiedenen Tagen sehr verschieden deutlich zu fühlen, so dass ihre Natur sich erst nach wiederholter Untersuchung mit Bestimmtheit ergibt.

Seit der Sicherstellung der Diagnose wurde der Patientin eine Leibbinde angelegt, was eine geringere Schmerzhaftigkeit der Milzgegend, sowie verminderte Beweglichkeit der Niere zur Folge hatte, so dass sie am 19. Juni aus dem Krankenhause entlassen werden konnte.

---

## Fall III.

Marie D., 26 Jahre alt, suchte wegen eines schmerzhaften Gebärmutterleidens (*retroflexio uteri*) die Charité am 15. October 1868 auf; den Anfang ihrer Erkrankung datirt sie von ihrer ersten Entbindung, bei welcher sie sehr starken Blutverlust aus der Scheide gehabt hat. Nachdem am 27sten der retroflectirte Uterus hatte aufgerichtet werden können, ergab die weitere Untersuchung Folgendes: Die Leberdämpfung beginnt am oberen Rande der 6ten Rippe, und setzt sich nach unten mit einem eigenthümlichen, an den rechten Leberlappen angefügten Fortsatz fort. In linker Seitenlage fühlt man ungefähr in der Höhe des Nabels eine glatte, mit der Respiration auf- und absteigende, verschiebbare Geschwulst von abgerundeter Form. Der Tumor ist mässig schmerzhaft und nach oben und hinten unter den Rippenrand reponirbar. Bei Rückenlage sinkt die Geschwulst nach hinten und oben zurück und ist nur bei tiefem Eingehen palpabel; bei Rechtslage ist nichts zu fühlen.

Beschwerden hat Patientin über die dislocirte rechte Niere nicht vorzubringen.

Nachdem sie fast 3 Monate in Behandlung war, begann sie über Schmerzen der linken Seite zu klagen, welche bei Druck stärker wurden. Die rechte Niere war noch immer unter dem rechten Rippenbogen zu fühlen; auf der linken Seite, circa ein Zoll vom Nabel, war jetzt ebenfalls ein Tumor zu fühlen; derselbe war glatt, verschiebbar und auf Druck sehr schmerzlich. Am inneren Rande fühlte man deutlich Pulsation, die nicht der Aorta abdom. anzugehören schien, sodass man schliessen musste, dass auch die linke Niere dislocirt sei.

Nach einigen Tagen hatte die Schmerzhaftigkeit nachgelassen, und da das Gebärmutterleiden geheilt schien, wurde Patientin am 13. Juni 1869 entlassen.

---

#### Fall IV.

Emilie S., 55 Jahre alt, die seit vielen Jahren an Magenbeschwerden litt, sonst aber immer gesund gewesen sein will, bemerkte vor etwa zwei Jahren beim Heben eines schweren Sackes einen Ruck im Leibe, und zwar auf der rechten Seite.



Seitdem hatte sie von Zeit zu Zeit ein drückendes Gefühl unter den kurzen Rippen. Vor mehr als einem Jahre bemerkte sie zuerst eine Geschwulst am Rippenrande, die ihren Sitz allmählig änderte und immer deutlicher wurde. Wenn sich dieselbe mehr der Mittellinie näherte, so stellten sich Uebelkeit, Erbrechen, Beklemmung auf der Brust und Kreuzschmerzen ein. Dieser Beschwerden halber suchte Patientin die Charité auf. Bei der Untersuchung findet sich der Tumor in der Nabelhöhe; er ist glatt und sehr resistent, nach links hin convex, nach rechts concav; seine Längsachse ist parallel der Medianlinie, unterhalb des Tumor auf der linken Seite fühlt man eine nach der Medianlinie hin verlaufende Pulsation, welche sich jedoch nicht von der der Aorta abdom. abgrenzen lässt. — Nach einigen Tagen war der Tumor weiter herabgerückt, und Patientin, deren Allgemeinbefinden bis dahin nichts zu wünschen übrig liess, begann über heftige kolikartige Schmerzen zu klagen. Sehr bald erfolgte ein reichliches Erbrechen dunkelgrüner Massen, deren zeitweise Entleerung die Nacht hindurch bis zum folgenden Morgen anhielt, und mit einem Frostanfall endete.

Tags darauf befand sich Patientin bedeutend wohler, die Schmerzhaftigkeit des Tumor war bei weitem geringer geworden; der Tumor selbst ist viel beweglicher geworden. Bei tiefer Inspiration rückte er erheblich abwärts.

Am 2ten Tage nach dem Brechanfall war der Tumor weiter heraufgerückt und so beweglich, dass er unter dem palpirenden Finger leicht vollständig zurückwich. Die Patientin fühlte sich vollkommen wohl.

Wenige Tage darauf ragte der Tumor nur noch  $1\frac{1}{2}$ '' unter dem Rippenrande hervor und war theilweise mit Darmschlingen bedeckt, wie die Percussion zeigte; endlich war die Niere nur noch als eine kaum fühlbare schmerzlose Geschwulst in der Mammillarlinie bemerkbar, und die Patientin wurde auf ihren Wunsch entlassen.

---

## Aetiologie.

Nach den statistischen Angaben einiger Krankenhäuser lässt sich das Vorkommen des *Ren mobilis* ohngefähr auf 3 p. Mille angeben. Das weibliche Geschlecht ist von dieser Affection weit häufiger befallen als das männliche. Der Grund davon dürfte vielleicht zu suchen sein in der Erschlaffung der Bauchdecken und des Peritoneum durch den Geburtsakt.

Becquet findet ein bedeutendes ätiologisches Moment in der hyperämischen Schwellung der Niere zur Zeit der Menses, indem durch die wechselnde Grösse des Organs das umgebende fettreiche Bindegewebe allmählig gelockert wird. Die linke Niere ist weit seltener luxirt als die rechte und soll nach Fritz — Arch. général — das Verhältniss der vorkommenden Fälle wie 1 zu 4 sein. Luxation beider Nieren ist noch viel seltener. Leicht fasslich ist die Aetiologie da, wo neben dem Uebel ein grösserer Milztumor besteht, oder wenn die Leber an Volumen bedeutend zugenommen hat. Auch eine Hypertrophie der Niere kann Veranlassung

zu dieser Affection werden, indem das Peritoneum dem stärkeren mechanischen Druck nachgiebt und eine Einstülpung in die Bauchhöhle bewirkt. Nach Niemeyer soll ferner auch ein schneller Schwund der die Niere umgebenden Capsula adiposa nicht ohne Bedeutung sein, und Oppolzer hält die Herabzerrung des Peritoneum durch den Zug von Hernien für wichtig. Schliesslich können plötzliche körperliche Anstrengung, Fall und Stoss eine Verschiebung dieses Organs veranlassen.

---



## Symptomatologie.

In vielen Fällen besteht die Luxation der Niere ohne Unbequemlichkeit für den damit Behafteten, so dass erst ein Zufall den Arzt auf das Vorhandensein dieser Abnormität aufmerksam macht. In anderen haben die Kranken davon zwar nur eine leichte Empfindung, gerathen aber durch die Entdeckung einer Geschwulst im Leibe in solche Aufregung, dass sie sich mit einem unheilbaren tödtlichen Uebel behaftet glauben.

Aber nicht immer ist die bewegliche Niere so unschuldiger Natur. Rollet sagt darüber in seinem schätzenswerthen Werkchen ohngefähr wie folgt: „Manchmal führt die bewegliche Niere zu sehr erheblichen örtlichen Beschwerden und selbst gefährlichen Zufällen. So sind es zunächst mehr oder minder heftige Neuralgien, Schmerzen, welche vom Hypochondrium in die Magen- und Darmbeingrube, ferner in die Lenden- und Kreuzgegend ausstrahlen. Zuweilen erstrecken sie sich abwärts in die Richtung des Ureters

in die Blasengegend. — Die Schmerzen treten nach stärkerer Körperanstrengung, schweren Geburten und Drängen beim Stuhlgang auf; werden manchmal auch empfunden, wenn mit der untersuchenden Hand ein Druck auf die dislocirte Niere ausgeübt wird. Der durch Compression der Niere hervorgerufene Schmerz wird von Männern als demjenigen ähnlich angegeben, welcher durch Zusammendrücken des Hodens erzeugt wird.

„Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die soeben angeführten Schmerzen dadurch zu Stande kommen, dass die verschobene Niere eine Zerrung oder einen Druck eines oder mehrerer Aeste des in unmittelbarer Nähe gelegenen Lumbalgeflechtes bewirkt, es mögen aber auch die zur gesenkten Niere selbst gehenden Nerven eine gewisse Zerrung erleiden, welche zu schmerzhaften Empfindungen, zum eigentlichen Nierenschmerz Veranlassung giebt, von welchem schon Celsus sagt: *dolor ad inguina, testiculosque descendit, difficulter urina redditur.*“

Nicht selten treten bei den Exacerbationen dieser örtlichen Schmerzen Uebelkeit und anhaltendes Erbrechen auf, Dysurie, Koliken und Schüttelfrost. Nach

Gilewsky kommt eine vollkommene Harnverhaltung dadurch zu Stande, dass die Niere eine Lagerung einnimmt, bei welcher der Harnleiter geknickt und damit seine Durchgängigkeit aufgehoben wird. Durch die Lagerungsveränderung der Niere kommt eine entzündliche Reizung leicht zu Stande, welche eine circumscripte Peritonitis nach sich zieht und eine Anlöthung des Organs an eine fremde Stelle veranlassen kann, wie sie bei den Obduktionen zuweilen gefunden wird.

Gilewsky erklärt alle diese Erscheinungen als entstanden durch akute Hydronephrosis und hält die Einklemmungserscheinungen der Niere nur für eine Compression des resp. Ureters. Andere Autoren dagegen, und besonders Rollet erklären die Incarceration wie folgt: „Um dies zu begreifen, brauchen wir uns nur die organischen Vorgänge zu veranschaulichen, welche stattfinden müssen, wenn die Niere plötzlich bei körperlicher Anstrengung, heftigem Drängen, Erschütterung oder bei hyperämischer Anschwellung zur Zeit der Menstruation etc. ihre Lage ändert, und von ihrer normalen Stelle mit mehr oder weniger grosser Gewalt verschoben wird. Offenbar muss sich die Niere

ihren Weg in dem umgebenden Bindegewebe, in welchem ja kein leerer Raum besteht, erst bahnen. Es ist dabei unvermeidlich, dass Theile des umgebenden Bindegewebes, ja das vorbeiziehende Bauchfell selbst gezerrt, gedrückt, in ihren Circulationsverhältnissen irgendwie gestört werden. In Folge davon kommt es zu entzündlicher Anschwellung der Niere. Um so eher kann sie in den engeren Maschen des subserösen Zellgewebes stecken bleiben, und wirklich derart incarcerationt werden, dass ein Zurückweichen in ihre normale Lage augenblicklich gehemmt erscheint.“

„Mit der soeben gegebenen Darstellung des Sachverhaltes stimmen auch die Erscheinungen überein, welche durch Einklemmung einer beweglichen Niere verursacht werden.“

Die Symptome der Niereneinklemmung schildert er nun weiter als characterisirt durch plötzliche nach Nabel- und Inguinalgegend ausstrahlende Schmerzen; dann folgt Ekel, anhaltendes Erbrechen, grosse Angst, Beklemmung, bedeutende Prostratio virium, Ohnmacht, Verfall der Gesichtszüge und gänzliche Harn- und Stuhlverhaltung; dann kommt es weiter zu Fieberbewegungen, Frostanfällen und der nach längerer Zeit



sparsam secernirte dunkle Harn ist nicht frei von Eiweiss und enthält Nierenepithel.

Darnach ist also das Krankheitsbild ähnlich demjenigen, welches nach Perforation von Magen oder Darm erscheint. Gewöhnlich halten diese Erscheinungen ein bis zwei Wochen in grösserer oder geringerer Stärke an, alsdann verlieren sich dieselben allmählig und es kehrt die Niere entweder ad normam zurück, oder bleibt durch Anlöthung an irgend ein Organ an einem fremden Ort sitzen.

In beiden Fällen kann sie aber leicht wieder Gegenstand ärztlicher Behandlung werden; denn selbst wenn sie wieder zu ihrem natürlichen Platz zurückgekehrt ist, bleibt doch ihre Anheftung an die Lumbalgegend eine so lockere, dass die vorher aufgezählten ätiologischen Momente zu einer neuen Dislokation weit leichter Veranlassung geben, wie beim ersten Mal. Ferner kann auch die Exsudatmasse, welche die Anlöthung der Niere bewirkte resorbirt werden, und sie beginnt dann von Neuem zu flottiren. Endlich kann auch die Vereinigung mit einem andern Organe so stattgefunden haben, dass daraus dauernde Funktionsstörungen entstehen.

---

## Diagnose.

Die Gegend, in welcher man eine dislocirte Niere zu suchen hat, reicht von dem unteren Leberrande bis zur Darmbeingrube. In der Regel sind die Kranken im Stande ungefähr anzugeben, wo sich die Niere befindet. Die Niere präsentirt sich meist als eine mehr oder minder empfindliche Geschwulst, welche sich resistent und glatt anfühlt. Ihre Gestalt ist verschieden, je nachdem die Lage ist, welche die Niere einnimmt. Dieselbe ändert sich zuweilen bei der Palpation, und die Verschiebbarkeit der Niere ist oft so gross, dass sie dem untersuchenden Finger ganz ent-schlüpft. In einem von mir beobachteten Falle war die Lagerung des Organs so bequem, dass man präcis die Bohnenform der Niere abgrenzen konnte; in einem anderen Falle fühlte man nur eine rundliche, glatte, mässig elastische Geschwulst am unteren Leberlappen. Rollet macht darauf aufmerksam, dass eine Abflachung, ja ein Einsinken der entsprechenden Lendengegend, besonders in der Knieellenbogenlage zu den gewöhn-

lichen Erscheinungen gehört, welche durch Reposition der beweglichen Geschwulst wieder ausgefüllt werden kann. Das Auf- und Absteigen des Tumor bei den Bewegungen des Zwerchfells ist eine Erscheinung, die wohl in den meisten Fällen dieser Erkrankung zu beobachten ist.

Nach Rollet soll der Perkussionsschall über der Geschwulst in der Regel tympanitisch sein, hervorgerufen durch die vorliegenden lufthaltigen Darmparthien und nur dann gedämpft, wenn das Bauchfell durch die Niere bedeutend umgestülpt wurde, so dass letztere zwischen den Gedärmen bis an die Bauchwand vorfällt. In den von mir citirten Fällen ergab die Perkussion jedes Mal eine Dämpfung, und wenn Rollet „gerade in diesem Verhalten ein wichtiges diagnostisches Moment“ erblickt, so glaube ich ihm darin nicht unbedingt Recht geben zu können.

Nach dem Gesagten ist es nicht schwer, die diagnostischen Anhaltspunkte zusammenzustellen.

Die mehr oder minder grossen Schmerzen und Unbequemlichkeiten, das Erbrechen und die Prostration verlangen eine genaue Untersuchung des Abdomen; und zuweilen giebt auch die Anamnese einen wichti-

gen Wink, welcher auf eine dislocirte Niere hinweist. Hat man eine Geschwulst entdeckt, so bleibt die Frage zu beantworten, ob dieselbe nicht auch etwas Anderes, dem Orte, an welchem sie sich befindet, Entsprechendes sein kann, als ein Ren mobilis.

Am rechten Leberrande z. B. wäre eine vergrößerte Gallenblase oder eine Lebercyste wohl zu erwarten, allein die Unverschiebbarkeit und die mögliche Fluctuation einer solchen Geschwulst weisen diese Vermuthung von der Hand; und eine krebsige Entartung der Leber characterisirt sich leicht durch seine knollige Form und bestehende Krebskachexie.

Eine Kothanhäufung im Darm würde sich ferner nur so lange markiren, als hartnäckige Stuhlverstopfung besteht, nachher aber verschwunden sein. Carcinom von Magen und Darm würde sich durch seine Unbeweglichkeit und andere nebenhergehende Symptome verrathen; vor Verwechselung mit Ovarialtumoren kann die Exploratio interna und die Percussion sichern. Kurz, eine sorgfältige Palpation und Percussion mit Berücksichtigung aller Nebenumstände wird wohl in den meisten Fällen die Differenzialdiagnose ermöglichen.

Die Prognose ist in den meisten Fällen von beweglicher Niere ziemlich gut, und nur dann scheint mir drohende Gefahr vorhanden, wenn eine eingeklemmte Niere allgemeine Peritonitis nach sich zieht, oder durch Druck auf grosse Gefässtämme die Blut-circulation beträchtlich stört.

Ein Fall, welcher letal endete, wird von Rayer erzählt; derselbe betraf eine Frau von 51 Jahren, welche an rechtsseitiger luxirter Niere litt. Unter Einklemmungserscheinungen entstand allgemeine Peritonitis, welche nach zwei Monaten den Tod nach sich zog.

Gewöhnlich bleibt nach geeigneter Therapie nur eine mehr oder minder grosse, leicht bewegliche, schmerzlose Geschwulst bestehen, von welcher die Kranken nicht die geringste Unbequemlichkeit empfinden, und nur dann wieder auf dieselbe aufmerksam werden, wenn durch irgend eine Veranlassung die Niere von Neuem ihren Platz verlässt und Reizungen in der Bauchhöhle hervorruft.

---



## Therapie.

Was nun die Therapie der beweglichen Niere betrifft, so galt dieselbe bis zur Neuzeit als ziemlich trostlos. Rollet bekämpft diese Ansicht, und hat das grosse Verdienst, zuerst eine rationelle Heilmethode angegeben und theilweise mit sehr glücklichem Erfolge ausgeführt zu haben. Nach ihm verlangt zunächst die *Indicatio causalis* Berücksichtigung aller derjenigen Momente, welche bei disponirten Individuen eine Senkung der Niere verursachen, oder eine schon vorhandene leicht vermehren und selbst zur Einklemmung Veranlassung geben könnten. Das sind also alle raschen und anstrengenden Körperbewegungen, unmässiger Genuss blähender Speisen, anhaltendes Drängen bei Stuhlverstopfung etc.; namentlich empfiehlt er Chlorotischen, bei der Menstruation die möglichste Schonung und Ruhe.

„Der *Indicatio morbi* wird dadurch Genüge geleistet, dass man 1) die dislocirte Niere in ihre normale Lage zu reponiren sucht, 2) daselbst möglichst

festzuhalten bemüht ist, 3) wenn eine vollständige Reposition wegen entstandener Adhäsionen nicht möglich ist, die dislocirte Niere wenigstens in ruhiger Lage zu erhalten, das Ballotiren derselben und die dadurch bedingten oft schmerzhaften Zerrungen der mit der Niere zusammenhängenden Theile zu verhindern sucht.“

Die Reposition erfolgt nach freiem Nierenvorfalle sehr leicht spontan in horizontaler ruhiger Rückenlage, oder es gelingt dieselbe unter einem gelinden Druck, der ruckweise auf die Niere ausgeübt wird. Man sucht einfach mit Finger und Handfläche die Niere allmählig mehr in die Lendengegend zurückzuschieben. Bei Einklemmung ist die Reposition viel schwieriger und namentlich auch deswegen, weil bisweilen selbst auf leichtes Drücken Uebelkeiten, Brechreiz und Ohnmachtsanwandlungen eintreten. Nichtsdestoweniger kann man bei einer ganz frischen Einklemmung, vorausgesetzt, dass die Diagnose ganz sicher ist, durch einen energischen Repositionsversuch die heftigen Beschwerden mit einem Mal zum Schwinden bringen. Manchmal bleibt jedoch nichts übrig, als mit der Reposition zu warten, bis sich unter Anwendung anti-phlogistischer Mittel die Entzündungserscheinungen

gemildert haben, was erfahrungsgemäss auch meist in wenigen Tagen Statt findet, worauf dann die Reposition viel leichter vorgenommen werden kann.

Um die vollständig oder unvollständig reponirte Niere entweder in der normalen oder wenigstens in ruhiger Lage fest zu halten, müssen mechanische Mittel in Anwendung kommen. Diese sind das Tragen verschiedener nach dem jeweiligen Falle modificirter Verbände und Bandageapparate, welche nämlich als Stütze dienen, die Bauchdecken zurückhalten und den Kranken vor Zerrungen schützen sollen. Hiezu dienen Leibbinden, elastische Leibgürtel, Mieder oder Bruchbänder mit elastischen Pelotten, die sämmtlich mit Sorgfalt angepasst und von den Kranken mit Ausdauer getragen werden müssen. Gleichzeitig, um die Schlaffheit der Gewebe zu bekämpfen, werden bei abgemagerten, herabgekommenen, chlorotischen Individuen bittere und Eisenmittel, nahrhafte Fleischkost, kalte Waschungen und Bäder in Anwendung kommen. Becquet will in einigen Fällen durch das hydrotherapeutische Verfahren und den Gebrauch von Bädern, namentlich Plombières, günstige Resultate erzielt haben.



Die symptomatische Behandlung verlangt die Anwendung von Morphium, gewöhnlich als subcutane Injection. Bei entzündlichen Erscheinungen, wie sie die Einklemmung der Niere erzeugt, ist eine örtliche Blutentziehung von Nutzen, ebenso warme Cataplasmen. Das heftige und anhaltende Erbrechen wird am besten gestillt durch Eispillen oder Aq. Laurocer. Gegen die Stuhlverstopfung ist Ricinusöl oder nöthigenfalls Aloe anzuwenden, doch hat man davor zu warnen, dass nicht durch übermässiges Drängen beim Stuhlgang, wozu die Patienten leicht geneigt sind, das Uebel vergrößert wird.

So weit die Therapie der beweglichen Niere, und damit zugleich das Ende der Aufgabe, welche ich mir gestellt habe.

Mögen diese Blätter als Beitrag zur Casuistik des Ren mobilis eine nachsichtige Beurtheilung finden!

---

## THESEN.

---

1. Die Punktion bei Ascites ist so weit als möglich hinauszuschieben.
  2. Magenkrebs ist unter Umständen vom Magengeschwür diagnostisch nicht unterscheidbar.
  3. Die Operation der Hasenscharte, so früh als möglich vorgenommen, liefert die besten Resultate.
- 

V<sup>e</sup>rfasser, geboren zu Kopenhagen am 16. Mai 1842, evangelischer Confession, besuchte in Eisleben das Gymnasium, welches er im Frühjahr 1865 mit dem Zeugniss der Reife versehen verliess, um auf der Berliner Hochschule Medicin zu studiren. Im Sommer 1867 bestand er sein Tentamen physicum und hörte während der Zeit seines Studiums folgende Lehrer: Reichert, Schneider, Hoffmann, Schultz-Schultzenstein, Lieberkühn, Munk, Hermann, Rosenthal, Du Bois-Raymond, Jüngken, v. Langenbeck, Lewin, Mitscherlich, Virchow, Friedrichs, Martin.

---